

Choroby przewlekłe

Choroby krwi



NIE PRZEGAP:

Ekspert

Zaburzenia erekcji
występują u coraz
młodszych mężczyzn

Strona 3

Sprawdź

Choroba Fabry'ego
– czym cechuje się to
rzadkie schorzenie?

Strona 5

Wyzwania

Niedobór hormonu
wzrostu u dorosłych
– jakie niesie ze sobą
konsekwencje?

Strona 8

Kinga Preis

**Badajmy się
regularnie, ale bądźmy
dobrej myśli!**

W WYDANIU



Zygmunt Chajzer
Nawet aktywni fizycznie powinni regularnie badać swoje zdrowie



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Frydrychowski
Niedobór żelaza wpływa na pracę twojego organizmu



Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak
Choroba wieńcowa – obserwacja i wywiad z pacjentem mogą uratować jego życie

Project Manager: **Krzysztof Nazarewicz**
Project Manager: **Sylwia Bramowicz**
Business Developer: **Magdalena Nędza**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Managing Director: **Karolina Kukielka**
Skład: **Medioplanet**
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Aleksandra Podkówa-Poźniak**
Fotografie: **Marta Wojtał, stock.adobe.com, zasoby własne**
Kontakt: **e-mail: pl.info@medioplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa

- facebook.com/byczdrowymPL
- medioplanet.pl
- medioplanet
- [@Medioplanet_Pol](https://twitter.com/Medioplanet_Pol)

WYZWANIA

Urolog niedługo może się stać **najlepszym przyjacielem pacjenta**

Choroby związane z układem moczowym najczęściej są zależne od wieku. A że nasze społeczeństwo się starzeje, urolog może się stać jednym z najważniejszych specjalistów, do którego będziemy uczęszczać.



Prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Z jakimi najczęstszymi przewlekłymi chorobami urologicznymi spotykamy się u pacjentów?

Urologia jest dyscypliną chirurgiczną, u której podstaw leżą diagnostyka, profilaktyka, leczenie operacyjne i farmakologiczne oraz metafilaktyka, czyli zapobieganie nawrotom. Dotyczy to chorób i wad narządów układów moczowego u obu płci oraz narządów układu moczowo-płciowego u mężczyzn. Odnosi się do chorych w każdym wieku. Przeważająca część chorób urologicznych, posiadająca potencjał onkologiczny, ma charakter przewlekły. Spośród globalnej liczby chorób nowotworowych rozpoznawalnych w Polsce, w Europie i na świecie ponad 25 proc. wywodzi się z układu moczowego. Dominującą grupę stanowią nowotwory stercza, na drugim miejscu jest rak pęcherza moczowego, a na trzecim – jądra.

Jak niebezpieczne są to choroby? W jakim wieku towarzyszą pacjentom oraz jak ważny jest czas wykrycia i skuteczność leczenia?

Każda postać zaawansowanej choroby, której nie da się wyeliminować chirurgicznie, jest zdolna do stworzenia charakteru systemowego, czyli przerzutów. Wtedy wymagane jest niestety leczenie paliatywne – skupiające się na przedłużeniu życia pacjenta, a nie jego całkowitym wyleczeniu.

Prawdopodobieństwo zachorowania na wcześniej wymienione nowotwory u większości osób znacznie wzrasta wraz z wiekiem. Problem ten będzie narastał, ponieważ zauważamy systematyczne starzenie się populacji europejskiej, w tym polskiej. Dlatego też urolog w najbliższym czasie może się stać najlepszym przyjacielem pacjenta.

W celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia nowotworu warto wyeliminować także czynniki ryzyka, takie jak np. palenie papierosów, które jest uznawane za najczęstszą przyczynę rozwoju raka pęcherza moczowego i nerki. Bez wątplenia wszystkie choroby wykryte wcześniej, w stopniu ograniczonym do narządu pozwalają na pełne wyleczenie. Nawet w przypadku konieczności zastosowania leczenia agresywnego, czyli chirurgicznego, wczesne wykrycie daje możliwość wykorzystania technik małoinwazyjnych.

Czy nowotwory jądra i prostaty byłyby skuteczniej leczone, gdyby nie wstyd przed intymnym badaniem u urologa?

Postęp, jaki dokonał się w urologii na przestrzeni ok. 30 lat, jest nie do przecenienia. Opiera się nie tylko na leczeniu kamicy moczowej za pomocą chirurgii endoskopowej, ale też włączeniu PSA jako markera gruczolu krokowego. Sami pacjenci są już bardziej świadomi, że warto się badać. Oczywiście specjaliści urodzili nigdy nie powiedzą, że są usatysfakcjonowani entuzjazmem pacjentów do zgłaszania się na badania. Zawsze jest coś do zrobienia w tej kwestii, ale z dumą należy podkreślić, że czas obecny przyniósł bardzo istotną poprawę. Dzieje się tak, ponieważ poziom kultury sanitarnej jest na wyższym poziomie. Pacjenci są lepiej wyedukowani, mają większą świadomość konieczności długiego życia. Częściej też partnerki, siostry lub córki przyprowadzają mężczyzn do gabinetów urologicznych.

Jakie objawy wskazują na występowanie chorób przewlekłych w urologii? Na co powinni zwrócić uwagę pacjenci, aby rozpocząć diagnostykę?

Pierwszym niepokojącym objawem, przy którym urodzili biją na alarm, jest bezbólowy krwiomocz. W 80 proc. przypadków może on świadczyć o nowotworze w obrębie układu moczowego. Wymaga bezwzględnej konsultacji ze specjalistą. Również jakiegokolwiek dolegliwości ze strony układu moczowego polegające na częstomoczach dziennym lub nocnym czy też zacinalaniu się strumienia moczu to symptomy, które powinny skłonić do wizyty u urologa.

Profilaktyka chorobowa – co jaki czas warto odwiedzić urologa, jakie badania wykonać?

Systematyczne wykonywanie badań krwi, USG, fizykalnych u specjalisty, minimum raz w roku, stwarza szansę na wczesne wykrycie tych bardzo niebezpiecznych dla naszego zdrowia i życia chorób. Zawsze mówimy do naszych pacjentów: „Mój los w moich rękach, jeśli zadbam, to wygram”, podkreślając przy tym, że to od nich zależy, na jakim etapie rozwoju zostanie wykryta choroba.

Nowoczesne rozwiązania w dziedzinie leczenia ran

ul. Skłodowskiej 7 97-225 Ujazd
tel.: 44 719 23 40 e-mail: biuro@kikgel.com.pl
Produkty dostępne na: www.kikgel.com.pl

Zaburzenia erekcji – przyczyny i możliwości leczenia

Zaburzenia erekcji to wbrew pozorom bardzo częsty problem dotyczący coraz młodszych mężczyzn.

Dr hab. n. med.
Michał Lew-
-Starowicz,
Prof. CMKP
Kierownik Kliniki
Psychiatrii,
Centrum Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie

Czy zaburzenia erekcji to w obecnych czasach częsty problem wśród mężczyzn?

Częsty. Można przyjąć, że dotyczy jednego na 8-10 dorosłych mężczyzn. To około 300 milionów osób na całym świecie. Wśród mężczyzn w starszej grupie wiekowej dominującą przyczyną problemów z erekcją są współistniejące choroby przewlekłe, szczególnie te dotyczące układu sercowo-naczyniowego. Natomiast w młodszej grupie wiekowej dominującymi przyczynami są lęk, nadmierne zadaniowe podejście do aktywności seksualnej, brak wystarczającej wiedzy na temat seksualności i pozytywnych wzorców relacji.

Zaburzenia erekcji są dysfunkcją, która wywołuje frustrację, wstyd, poczucie niższej wartości i unikanie nawiązywania kontaktów seksualnych. Wśród mężczyzn, którzy zgłaszają się do mnie po pomoc w związku z problemami seksualnymi, dominują ci, którzy doświadczają zaburzeń erekcji. Cierpi na tym często związek, ponieważ partnerki lub partnerzy obwiniają siebie, czują się mniej atrakcyjni lub podejrzewają, że mężczyzna nawiązał romans i nie jest już zainteresowany relacją.

Z czego wynika ten problem?

Przyczyny mogą być złożone. Wśród starszych mężczyzn dominują choroby wpływające na przebieg reakcji seksualnych, takie jak: zaburzenia krążenia, cukrzyca, zaburzenia hormonalne lub neurologiczne. Warto podkreślić, że problemy z erekcją mogą występować już stosunkowo wcześnie w trakcie rozwoju chorób sercowo-naczyniowych.

To istotna informacja, gdyż problemy ze wzrodem mogą być jednym z pierwszych sygnałów jeszcze nierozpoznanej choroby układowej, która kilka lat później może doprowadzić do zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. W takiej sytuacji wcześnie podjęcie diagnostyki i leczenia ma nieocenione znaczenie dla przyszłej sytuacji zdrowotnej mężczyzny. Wracając do przyczyn – problemy z erekcją mogą wystąpić po zabiegach operacyjnych przeprowadzanych w obrębie miednicy i krocza. Klasycznym przykładem jest zabieg usunięcia gruczołu krokowego (prostaty) wykonywany zwykle z przyczyn onkologicznych (rak prostaty). Zaburzenia seksualne mogą być efektem ubocznym leków stosowanych w terapii nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, nowotworów, depresji i wielu innych chorób. Duże znaczenie mają także czynniki psychologiczne, w szczególności lęk przed podejmowaniem kontaktów seksualnych, niesprawdzeniem się w roli kochanka, nadmierne koncentrowanie się na swoich reakcjach seksualnych zamiast doświadczaniu przyjemności ze zbliżenia czy też konflikty w relacjach partnerskich. Nawet gdy dysfunkcja seksualna spowodowana jest chorobą przewlekłą, czynniki psychologiczne odgrywają istotną rolę w nasilaniu i utrwalaniu zaburzeń.

Jakie są możliwości leczenia zaburzeń erekcji?

Współczesna seksuologia dysponuje wieloma metodami leczenia tych zaburzeń. Najczęściej stosowane są leki doustne przyjmowane krótko przed stosunkiem lub w sposób regularny, jak

robi się to w leczeniu wielu chorób przewlekłych. Alternatywą, stosowaną zwykle w razie braku skuteczności pierwszego rozwiązania, są preparaty podawane w zastrzykach do grąnia lub wprowadzane w postaci kremu lub żelu do cewki moczowej. Leczenie operacyjne przeznaczone jest dla wąskiej grupy chorych, zwykle tych, u których wszystkie inne metody zawodzą lub przyczyną są nieprawidłowości anatomiczne. Natomiast w sytuacjach, gdy u podłoża zaburzeń erekcji leżą mechanizmy psychologiczne lub relacyjne, postępowaniem z wyboru jest psychoterapia, a farmakoterapia może mieć znaczenie pomocnicze. Istotne znaczenie mają dieta, aktywność fizyczna oraz odpowiednie dostosowanie leczenia.

Ważne jest to, żeby nie zwlekać z podjęciem leczenia, bo nieudane doświadczenia seksualne często rodzą frustrację, lęk oraz problemy w relacjach partnerskich.

 WAŻNE

Jedną z substancji czynnych, które w latach 90. zostały uznane za przełomowe w leczeniu zaburzeń erekcji, jest sildenafil. Substancja ta stymuluje przepływ krwi w prąciu i przyczynia się do osiągnięcia wzwodu.

Problemy z erekcją?

**NOWY LEK NA EREKCJĘ
DZIAŁA NAWET 5h*. JUŻ PO 12 MIN.**

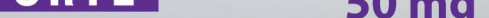


***ChPL Valinger, sildenafil,
tabletki powlekane
po 25 mg, 50 mg**



W APTECE. BEZ RECEPTY!

NOWOŚĆ



Valinger®
FORTE 50 mg

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.

 NOWOŚCI



Polacy tworzą światową kardiologię

Za nami XXVI Warszawskie Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej, będące jednym z największych i najważniejszych międzynarodowych forów przekazywania wiedzy i informacji w medycynie sercowo-naczyniowej. Tegoroczne WCCI pokazało dwa najważniejsze trendy – z jednej strony coraz większą specjalizację w dziedzinie, pozwalającą na wykonywanie jeszcze trudniejszych i coraz bardziej spektakularnych w swojej skuteczności zabiegów interwencyjnych, a z drugiej strony coraz większą potrzebę współpracy i zaangażowania wszystkich poziomów opieki nad pacjentem, łącznie z POZ, dla osiągnięcia pełnego sukcesu terapeutycznego.

Tekst powstał z okazji XXVI WCCI Warszaw

Najtrudniejsze zabiegi na sercu

Kongres w tym roku zdominowały dwa niezwykle interesujące, jedno z najtrudniejszych w dziedzinie kardiologii rodzaje zabiegów interwencyjnych na tętnicach wieńcowych. Jak tłumaczy prof. Adam Witkowski, dyrektor WCCI, past prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, uwaga skupiła się na udrażnianiu przewlekle zamkniętych tętnic wieńcowych w specjalistycznym kursie, który odbył się już po raz trzeci, oraz na kursie dotyczącym innych zabiegów interwencyjnych u pacjentów wysokiego ryzyka z użyciem urządzeń wspomagających pracę lewej komory serca. Interesująca była również sesja poświęcona zabiegom na tętnicach obwodowych, w tym szczytnych.

Nowoczesne leczenie zastawek

Tegoroczne WCCI pokazało nowe nadzieje dla pacjentów na nowoczesne zabiegi leczenia chorób strukturalnych serca metodą przezcewnikową. – Jest bardzo dużo nowych osiągnięć w tej dziedzinie, wchodzą nowe urządzenia, są nowe badania. Jeśli chodzi o zastawkę mitralną, to tutaj już wiemy, że niektóre typy terapii, jak zabiegi „brzeg do brzegu” za pomocą zakładania zapinek na płatkii niedomykającej się zastawki, to dziś już właściwie rutyna. Natomiast pojawiło się wiele nowych przedsięwzięć i inicjatyw terapeutycznych w tym obszarze – wchodzą bioprotezy, które podobnie jak przy zabiegach TAVI można implementować przezcewnikowo – wyjaśnia prof. Witkowski.



Ewelina Zych-Mytek
Fundacja Instytut Świadomości

– Te same metody terapeutyczne są już coraz bardziej dostępne w leczeniu zastawki trójdzielnej, bo to kolejny duży problem w dzisiejszym starzejącym się społeczeństwie. Mamy bardzo wielu pacjentów z tą wadą, którzy nie mogą być poddani leczeniu operacyjnemu, w związku z tym śmiertelność przy leczeniu zachowawczym jest u nich bardzo wysoka. Bioprotezy zastawki trójdzielnej to jeszcze faza badań klinicznych, ale cieszymy się, że pojawiła się szansa na to, aby wydłużyć życie tych pacjentów i poprawić jego jakość – dodaje.

„
Naszą misją jest jak najszerze, zarówno krajowe, jak i międzynarodowe rozpowszechnianie wiedzy i informacji z zakresu medycyny sercowo-naczyniowej.

Creating Cardiovascular Medicine Worldwide
Jak podkreśla prof. Robert J. Gil, dyrektor WCCI, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, pierwszy raz od ponad ćwierć wieku WCCI przybrało nowe motto przewodnie kongresu, które odzwierciedla zarówno cel, jak i wartości wydarzenia – Creating Cardiovascular Medicine Worldwide. – Creating Cardiovascular Medicine Worldwide to nasza misja, historia i pasja, którą już od ponad ćwierć wieku kreujemy w Polsce, ale także w skali międzynarodowej wraz zespołami, ekspertami i prelegentami z całego świata, a także przyjaciółmi, bo medycyna sercowo-naczyniowa to nie tylko medycyna, to przede wszystkim ludzie. – Naszą misją jest jak najszerze, zarówno krajowe, jak i międzynarodowe rozpowszechnianie wiedzy i informacji z zakresu medycyny sercowo-naczyniowej, którą jako Polacy zarówno tworzymy, jak i prezentujemy dokonania z zagranicy. Jako Polacy jesteśmy wciąż w ścisłej światowej czołówce leczenia ostrego zawału serca, prowadzimy również specjalistyczne kursy udrożnienia przewlekle zamkniętych tętnic wieńcowych dla osób z kraju i zagranicy. Szkolimy specjalistów i proktorów, czyli nauczycieli danej procedury medycznej, którzy następnie mogą szkolić kolejnych lekarzy w skali krajowej i międzynarodowej, a to kompetencyjnie rozwija kolejne ośrodki i zapewnia nowoczesne leczenie pacjentom – dodaje prof. Witkowski.

 PANEL EKSPERTÓW

Problemy kardiologiczne w chorobie Fabry’ego – na co zwrócić uwagę?

Choroba Fabry’ego jest rzadka, jednak bardzo niebezpieczna dla całego organizmu. Może wpłynąć negatywnie również na serce. Problemy kardiologiczne w tej chorobie doprowadzają do nieodwracalnych zmian. Jak zatem skutecznie ją rozpoznać na wczesnym etapie?



Dr n. med. Mariusz Kłopotowski
Klinika Kardiologii i Angiologii
Interwencyjnej,
Narodowy Instytut Kardiologii
Stefana kardynała Wyszyńskiego,
Warszawa

 Kontynuacja materiału na stronie:

chorobyrzadkie.com

Jakie problemy kardiologiczne mogą świadczyć właśnie o chorobie Fabry’ego?

Problemy kardiologiczne mogące wynikać z choroby Fabry’ego to m.in. kołatania serca, ograniczenie tolerancji wysiłku, niewielkie przyspieszenie tętna podczas aktywności fizycznej, niekiedy bóle w klatce piersiowej. Innym objawem zgłaszanym przez niektórych chorych są obrzęki limfatyczne kończyn dolnych.

To, co powinno zwrócić uwagę kardiologa i skłonić do ewentualnej diagnostyki w kierunku choroby Fabry’ego, to stwierdzenie u pacjenta niewyjaśnionego przerostu mięśnia sercowego, szczególnie jeśli występował on również u innych członków rodziny i dziedziczny jest w sposób sprzężony z płcią żeńską.

W jakiej grupie pacjentów lekarz kardiolog powinien zadbać

o poszerzenie diagnostyki? Jakie charakterystyczne symptomy mogą świadczyć o chorobie?

W chorobie Fabry’go dochodzi do zajęcia nie tylko serca, ale i innych narządów, jak nerki, przewód pokarmowy, oczy, układ nerwowy. Pacjenci skarżą się na „palące” bóle stawów, źle znoszą upały, na skórze mogą pojawić się charakterystyczne zmiany, tzw. angiokeratoma. Jeśli dodatkowo odczuwają oni wcześniej wymienione objawy kardiologiczne, to warto wykonać diagnostykę w kierunku choroby Fabry’ego.

Inną grupą pacjentów, którzy zgłaszają się do kardiologów, są pacjenci w młodym wieku po przebytym udarze mózgu o nieustalonej etiologii. Jedną z możliwych przyczyn udaru w tej grupie, poza „utajonym” migotaniem przedsionków, zaburzeniami krzepnięcia czy drożnym otworem owalnym (PFO), jest też choroba Fabry’ego.

Jakie dokładnie badania należy wykonać w celu rozpoznania choroby Fabry’ego?

Badania wykonywane w rutynowej diagnostyce kardiologicznej nie służą do rozpoznania choroby Fabry’ego, ale pewne nieprawidłowości (jak wspomniane już zmiany w EKG czy przerost mięśnia sercowego, charakterystyczne zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego serca) mogą w dużym stopniu sugerować tę chorobę.

Do rozpoznania choroby Fabry’ego niezbędna jest ocena aktywności enzymu alfa-galaktozydazy we krwi (to właśnie niedobór lub brak tego enzymu jest przyczyną tej choroby) oraz w dalszej kolejności wykonanie badania genetycznego w celu potwierdzenia diagnozy.

Rozpoznanie choroby Fabry’ego u pacjenta skutkuje też wykonaniem badań wśród innych członków rodziny.

Jaką rolę odgrywa wczesna i odpowiednio postawiona diagnoza? Do czego może doprowadzić jej brak pod kątem pacjentów kardiologicznych?

Choroba Fabry’ego ma charakter postępujący. Brak odpowiednio wcześniej postawionej diagnozy, a co za tym idzie – opóźnienie leczenia przyczynowego, w kontekście problemów kardiologicznych, skutkuje dalszym przerostem mięśnia sercowego, zaburzeniami rytmu serca i progresją niewydolności serca. Są to zmiany nieodwracalne.

Do niedawna czas od wystąpienia pierwszych objawów do postawienia prawidłowej diagnozy wynosił nawet kilkanaście lat. Na szczęście świadomość choroby Fabry’ego jest wśród lekarzy coraz większa, a to szczególnie ważne, bo chorobę tę można skutecznie leczyć. Dysponujemy enzymatyczną terapią zastępczą podawaną dożylnie oraz lekiem doustnym. Z badań wiemy, że jeśli leczenie zostanie wdrożone, zanim dojdzie do nieodwracalnych zmian w sercu, to jest ono jeszcze skuteczniejsze.

Choroba Fabry’ego – czym cechuje się to rzadkie schorzenie?

Choroba Fabry’ego jest rzadka i może okazać się bardzo niebezpieczna. Doprowadza do wielu poważnych konsekwencji zdrowotnych, w tym udarów mózgu u pacjentów w młodym wieku.

Czym charakteryzuje się choroba Fabry’ego? Kiedy i jak się objawia?

Uszkodzenie w przebiegu choroby dotyczy wielu narządów, stąd ich różnorodność. W zależności od tego, czy zajęte jest serce, nerki, czy układ nerwowy, pacjent trafia do różnych specjalistów. Symptomy są zależne również od stopnia zaawansowania choroby. Stosunkowo charakterystyczne objawy pojawiają się częściej w młodym wieku, w klasycznej postaci choroby. Wtedy warto zwrócić uwagę na napady bólu pojawiające się u młodych ludzi i u dzieci. Zwykle dotyczą dłoni, stóp. Bywa, że młodzi pacjenci są diagnozowani przez wielu lekarzy, nierzadko trafiają również do psychiatrów z sugestią symulacji objawów, ponieważ napady bólu są dokuczliwe, piekące, bez wyraźnej przyczyny. Występują

też bóle brzucha i biegunki – bez ustalonego podłoża. Obserwuje się również zmiany na skórze, dość typowe dla tej choroby, tzw. angiokeratoma. Są to żywoczerwone, drobne zmiany na brzuchu, w okolicach pępka, a także w miejscach, gdzie skóra się zgina – przy łokciach i kolanach, na pachwinach. Przypominają czerwono-fioletową **wysypkę**. Kolejnym objawem sugerującym chorobę jest brak pocenia. Bywa, że pacjenci trafiają do nas skierowani przez okulistę – nietypowy rodzaj zaćmy to kolejny charakterystyczny objaw.

Choroba Fabry’ego jest chorobą genetyczną, sprzężoną z płcią. W wyniku defektu genetycznego dochodzi do deficytu enzymu alfa-galaktozydazy A, co sprawia, że w komórkach gromadzi się szkodliwy toksyczny produkt metabolizmu.

Co mówi epidemiologia? Czy można mówić o problemie pacjentów, którzy chorują i o tym nie wiedzą?

Choroba należy do rzadkich. Mówi się, że jest to 2,5 przypadku na 100 tys. Należy się spodziewać, że w wielu przypadkach choroba pozostaje nierozpoznana. Bywa, że mija wiele lat do postawienia diagnozy. Dlatego tak ważna jest świadomość choroby i jej objawów, zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. Czasem to oni wpadają na właściwy trop.

W jaki sposób choroba jest rozpoznawana? Jakie badania diagnostyczne temu służą?

Podstawowym badaniem, jakie wykonujemy przy podejrzeniu choroby Fabry’ego, jest oznaczenie poziomu aktywności enzymu. Należy pamiętać, że w przypadku kobiet prawidłowy wynik

Dr n. med. Beata Błażejewska-Hyżorek
Kierownik Oddziału Ogólnego i Leczenia Udaru Mózgu, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

 Więcej informacji na stronie:

chorobyrzadkie.com

nie wyklucza choroby. Potwierdzeniem choroby są badania genetyczne.

Jakie konsekwencje dla zdrowia wynikają z braku diagnozy?

Im dłużej trwa choroba, tym większe ryzyko kolejnych udarów, co objawiać się może już w młodym wieku niedowładem kończyn, zaburzeniami mowy, zaburzeniami chodzenia. Z kolei, jeśli choroba dotyczy serca, dochodzi do przerostu jego mięśnia, zaburzeń rytmu czy zawału. Może pojawić się niewydolność nerek. Im wcześniej dokonamy diagnozy, tym szanse na zatrzymanie powikłań są większe.

Jak leczyć chorobę Fabry’ego?

Dostępne są dwie formy leczenia. Jedną z nich jest enzymatyczna terapia zastępcza. Za pomocą wlewów staramy się uzupełnić brakujący enzym. Refundowana jest również terapia doustna dla pacjentów z określonymi mutacjami genu wywołującymi chorobę. Około 30 proc. chorych ma taki typ mutacji i może skorzystać z leczenia doustnego.

Twoja **rodzina** a **choroba Fabry’ego**

Jaką rolę **TV** możesz odegrać w historii **choroby Fabry’ego swojej rodziny?**

Czytaj więcej

fabryfamilytree.pl

Informacje mają na celu zwiększenie świadomości pacjentów na temat rodzinnego występowania choroby Fabry’ego. Nie sugeruje to w żaden sposób rozpoznania choroby Fabry’ego. Diagnostyka tej choroby zawsze powinna być prowadzona przez lekarza.





Nawet aktywni fizycznie powinni **regularnie badać swoje zdrowie**

Poczucie doskonałej formy fizycznej może uśpić naszą czujność, bo choroby przewlekłe mogą się rozwijać nawet w bardzo wysportowanym organizmie. Dlatego tak istotne są profilaktyka i regularne badania choćby podstawowych parametrów zdrowotnych, co może pomóc we wczesnym wykryciu schorzenia przewlekłego.

Zygmunt Chajzer
Dziennikarz,
prezenter telewizyjny
oraz radiowy

Jak istotna dla pana jest profilaktyka chorób przewlekłych i czy ma pan poczucie, że regularnie wykonuje wszystkie niezbędne badania zdrowotne?

To temat niezwykle ważny dla osób w moim wieku, a ja sam przekonałem się, że regularne badania potrafią uratować życie. Dwa lata temu, podczas kolejnej rundy badań profilaktycznych, okazało się, że mam guza nerki. Nie miałem żadnych niepokojących symptomów i tylko dzięki nawykowi badań kontrolnych udało mi się dość wcześnie wykryć guza i przejść operację. Ta historia zmotywowała wiele osób z mojego otoczenia do wykonania podobnych badań, nawet specjalnie nie musiałem ich zachęcać. Ponadto wielokrotnie przytaczałem mój przypadek w wystąpieniach medialnych i wywiadach, aby dotrzeć do jak największej liczby osób z prostym, ale bardzo ważnym apelem: badajmy się, nie zaniedbujmy profilaktyki.

Czy jako osoba popularna czuje pan, że ma wpływ na postawy życiowe Polaków?

Faktycznie jest to pewien rodzaj zobowiązania społecznego, które jako środowisko osób znanych, popularnych powinniśmy wypełniać. Mamy możliwości kształtowania postaw społecznych, mamy odpowiednie narzędzia i kanały do propagowania pewnych wartości, więc powinniśmy z tego korzystać. Być może nasze osobiste przykłady lub apele uratują komuś życie. To uświadamianie jest szczególnie istotne wobec seniorów – osób po pięćdziesiątce, a szczególnie po sześćdziesiątce. No i mam też wrażenie, że o ile panie jeszcze

w miarę troskliwie spoglądają na swoje zdrowie, o tyle panowie zaniedbują ten aspekt swojego życia. Warto więc namawiać panów do badań prostaty, przekonywać, że to żaden wstyd, a wręcz przeciwnie – dbanie o własne zdrowie jest bardzo męskie.

Czy było jakieś jedno wydarzenie w życiu, które sprawiło, że docenił pan zdrowie i zaczął o nie dbać?

Nie było takiego momentu, ja od zawsze starałem się prowadzić aktywny i zdrowy tryb życia. Mimo że mam 68 lat, nie odczuwam spadku sił witalnych czy formy. Nadal sporo się ruszam, spędzam dużo czasu na świeżym powietrzu – oprócz pracy w ogródku nadal uprawiam sport: jeżdżę na rowerze, gram w siatkówkę plażową. Mogę więc powiedzieć, że jak na swój wiek jestem w dobrej kondycji. Natomiast to poczucie aktywności może uśpić naszą czujność, bo różne paskudztwa mogą się rozwijać nawet w bardzo wysportowanym organizmie. Choroby związane z nadciśnieniem czy choroby onkologiczne przez lata mogą nie ujawniać żadnych symptomów i nieco uśpić potrzebę badań profilaktycznych. Dlatego niezależnie od aktywności fizycznej i formy uważam, że każdy z nas powinien regularnie poddawać się choćby podstawowej kontroli lekarskiej: badaniu krwi, moczu, płuc czy jamy brzusznej.

Jaki jest pana sposób, oprócz aktywności fizycznej, na życie pełne wigoru?

Przede wszystkim nie należy przejmować się tym, na co sami nie mamy wpływu. Nie dodawajmy sobie zmarznięć i trosk. Starajmy się też zdrowo

odżywiać, choć ja akurat nie jestem tu wzorem – z racji dużej aktywności fizycznej mogę pozwolić sobie na jedzenie wszystkiego, na co mam ochotę.

„
Choroby związane z nadciśnieniem czy choroby onkologiczne przez lata mogą nie ujawniać żadnych symptomów i nieco uśpić potrzebę badań profilaktycznych.

Starajmy się też aktywizować nasz umysł – nie popadajmy w apatię czy samotność. To szczególnie ważne dla seniorów i osób, które zaczynają życie emeryta, aby nie odcinały się od znajomych z pracy i nie zmieniały swoich zdrowych nawyków. Jeśli takie osoby czują się samotne czy bez pomysłu na zapewnienie czasu wolnego, to polecam korzystać z ofert klubów seniora czy innych ośrodków aktywizujących osoby starsze.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Niedobór żelaza wpływa na pracę twojego organizmu!

Wiemy, że żelazo bierze udział w utrzymaniu prawidłowego funkcjonowania całego organizmu. Jego niedobór może prowadzić do wielu poważnych konsekwencji zdrowotnych.

Jaka jest rola żelaza w organizmie? Jak objawia się jego niedobór?

Żelazo w organizmie jest obecne w krwinkach czerwonych, mięśniach i w niektórych enzymach. Jest głównym składnikiem hemoglobiny – barwnika dostarczającego tlen do wszystkich komórek – dlatego żelazo jest tak bardzo istotne dla pracy układu krążenia. Dodatkowo jako część składowa enzymów bierze udział w syntezie m.in. serotoniny, prostaglandyn, produkcji tyroksyny i trójiodotyroniny (hormonów tarczycowych). Sprzyja detoksykacji i wpływa na metabolizm cholesterolu. Uczestniczy także w syntezie DNA. Pełni ważną funkcję w zwalczaniu wirusów oraz bakterii przez układ immunologiczny. Niedobór żelaza daje objawy niedotlenienia. Jest to bladość skóry i śluzówki, senność, kołatanie serca, apatia, zajady w kącikach ust, osłabienie, omdlenia, szybszy puls, problemy z pamięcią i koncentracją, spadek odporności organizmu, brak apetytu, polineuropatia czuciowo-ruchowa, duszności.

Za niski poziom żelaza u kobiet – jak często występuje ten problem? Jakie mogą być tego konsekwencje?

U kobiet problem niedoboru żelaza występuje dużo częściej niż u mężczyzn. Jest to związane



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Frydrychowski
Prezes Towarzystwa Medycyny Zintegrowanej



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

z comiesięczną utratą krwi w czasie menstruacji. Przy obfitych miesiączkach (np. w przypadku mięśniaków podśluzówkowych) utrata krwi może być na tyle duża, że wymaga podawania żelaza nawet domięśniowo. Jest to często spotykany problem, którego następstwem może być pojawienie się anemii.

Jak dbać o utrzymanie właściwego poziomu żelaza w organizmie?

Aby zadbać o odpowiednią ilość żelaza, należy spożywać odpowiednie produkty bogate w ten pierwiastek. Dotyczy to szczególnie osób niespożywających mięsa. W produktach spożywczych występują dwa rodzaje żelaza – żelazo hemowe i niehemowe. Pierwsze jest łatwiej przyswajalne i znajduje się w produktach odzwierzęcych. Znajdziemy je w mięsie, podrobach, żółtkach jaj, wątróbce, krewetkach. Żelazo niehemowe znajduje się w produktach roślinnych, jest trudniej wchłaniane i występuje w mniejszej ilości. Jego źródłem są: orzechy, pestki dyni, rośliny strączkowe, buraki, botwinka, brokuły, natka pietruszki, otręby pszenne, chleb pełnoziarnisty, kakao itp.

Jaką formę żelaza powinno się suplementować, aby była dobrze tolerowana oraz przyswajalna przez organizm człowieka?

Po suplementację produktami zawierającymi żelazo powinniśmy sięgnąć wtedy, gdy pomimo stosowania odpowiednio zróżnicowanej diety poziom tego pierwiastka jest obniżony. Przy wyborze dawek i rodzaju produktu z żelazem należy wziąć pod uwagę działania niepożądane. Występują one wskutek zbyt szybkiego wchłaniania i stosowania zbyt wysokich dawek. Działania niepożądane wiążą się z erozyjnym uszkodzeniem błony śluzowej górnych dróg żołądkowo-jelitowych, tj. nudnościami, wymiotami, dyskomfortem w nadbrzuszu, biegunką czy zaparciami. W celu zmniejszenia problemów związanych z doustnym przyjmowaniem żelaza opracowano różne preparaty. Istnieją specjalistyczne formy żelaza w postaci zemułgowanego i zmikronizowanego pirofosforanu żelaza (III), które cechuje zarówno wysoka biodostępność, jak również dobra tolerancja i brak działań niepożądanych.

Istnieje kilka czynników, dzięki którym można zwiększyć przyswajanie żelaza. Należą do nich m.in.: witamina C, niskie pH soku żołądkowego, obecność histydy, lizyny. Produkty zawierające żelazo warto popijać sokiem cytrusowym, ponieważ witamina C wspomaga wchłanianie tego pierwiastka. Korzystne jest również połączenie żelaza z kwasem foliowym, witaminą B6 czy też witaminą B12.

Actiferol^{Fe}

suplement diety

Z unikalną formą żelaza przelatującą barierę nietolerancji*



* Actiferol zawiera unikalną formę żelaza poddaną mikronizacji i emulgacji. Stopniowo uwalnia się w dwunastnicy, nie powodując podrażnienia żołądka, dzięki temu jest bardzo dobrze tolerowany. Suplementy diety nie mogą być stosowane jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety. Zrównoważona dieta i zdrowy tryb życia są istotne dla zachowania zdrowia.



Polski Lek
"Polski Lek" Sp. z o.o.



Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Niedobór hormonu wzrostu u dorosłych – jakie niesie ze sobą konsekwencje?

Hormon wzrostu u dorosłych odpowiada za wiele działań metabolicznych, oddziałuje również na jakość życia, a jego obniżony poziom może wpływać na ich codzienne funkcjonowanie.



Prof. UJ dr hab. n. med. Aleksandra Gilis-Januszewska
Katedra i Klinika Endokrynologii, Uniwersytet Jagielloński

Niedobór hormonu wzrostu często kojarzony jest ze schorzeniem dotyczącym dzieci, ale wiemy, że spotyka również dorosłych. Z czego to wynika?

Niedobór hormonu wzrostu dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych. Niedoczynność przysadki jest konsekwencją chorób, które zmniejszają lub niszczą funkcję wydzielniczą bądź zaburzają wydzielanie hormonów przysadkowych w podwzgórzu.

Niedoczynność może być nabyta, np. w wyniku operacji guza przysadki, po naświetlaniu, chemioterapii czy też z powodu urazu głowy. Wrodzona natomiast wynika z przyczyn genetycznych lub nieznanych (tzw. niedoczynność idiopatyczna).

Informacje dotyczące częstości występowania choroby pochodzą przede wszystkim ze starannie zbieranych, głównie w krajach skandynawskich, baz danych. Według szacunkowych danych w Polsce mamy 4-6 tys. chorych, z czego 35 proc. pacjentów choruje od dzieciństwa.

Z jakimi objawami zgłaszają się chorzy? Na jakie symptomy lekarze powinni zwracać szczególną uwagę?

Objawy niedoczynności osi somatotropowej (niedoboru hormonu wzrostu) są niecharakterystyczne. Najczęściej jest to senność, zmęczenie, obniżenie wydolności fizycznej, obniżenie nastroju. Niedoczynność

osi somatotropowej wiąże się z nieprawidłowym składem ciała, zmniejszoną siłą mięśniową i wydolnością fizyczną, ze zmniejszoną masą kostną, niekorzystnym profilem ryzyka sercowo-naczyniowego i wreszcie, co bardzo ważne, obniżoną jakością życia. U pacjentów z niedoborem hormonu wzrostu występują często niedoczynności innych osi przysadkowych, a więc wtórna niedoczynność tarczycy, niedoczynność nadnerczy, niedoczynność gonad. Objawy poszczególnych niedoczynności przysadki nakładają się na siebie. Pacjent z podejrzeniem niedoczynności przysadki powinien być natychmiast skierowany do endokrynologa, a w przypadku objawów zagrażających życiu – skierowany do szpitala.

Jak wygląda ścieżka diagnostyczna? Po jakim czasie od pierwszej wizyty choroba może zostać wykryta?

W przypadku podejrzenia niedoczynności wieloosowej przysadki pacjent wymaga pilnej konsultacji endokrynologicznej. Gdy objawy zagrażają życiu, chory powinien zostać skierowany w trybie pilnym do szpitala. Pełna diagnostyka zazwyczaj wymaga kilkudniowej hospitalizacji na oddziale endokrynologicznym.

Gdy podejrzewa się izolowaną niedoczynność osi somatotropowej

(izolowany niedobór hormonu wzrostu), najczęściej rozpoznaną i leczoną w okresie dziecięcym, ponowną diagnostykę należy przeprowadzić przede wszystkim wtedy, gdy wspólnie z pacjentem zamierzamy wdrożyć leczenie hormonem wzrostu. Diagnostyka obejmuje wykonanie bardzo prostego badania, jakim jest oznaczenie stężenia w surowicy insulinopodobnego czynnika wzrostu typu 1 (IGF-1) oraz bardzo skomplikowanych testów stymulacyjnych, których wykonanie może zlecić endokrynolog i mogą być wykonane w warunkach szpitalnych.

Jakie leczenie powinno być wtedy wdrożone?

W przypadku potwierdzenia izolowanego niedoboru hormonu wzrostu pacjent może być zakwalifikowany do programu leczenia hormonem wzrostu osób dorosłych. Badania przed kwalifikacją do leczenia są bardzo szczegółowe i pracochłonne. Dlatego też jest to czasochłonny proces.

Jak zastosowanie terapii wpływa na życie codzienne chorego?

W trakcie leczenia niedoboru hormonu wzrostu obserwujemy znaczną poprawę samopoczucia, zwiększenie energii i napędu, zmniejszenie niepokoju i depresji, poprawę funkcji poznawczych. W trakcie długotrwałej terapii

widzimy również zmianę składu ciała – zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej na rzecz zwiększenia ilości tkanki mięśniowej, poprawę gęstości mineralnej kości oraz poprawę metaboliczną.

Jakiego wsparcia wymagają dorośli pacjenci z niedoborem hormonu wzrostu?

Dorośli pacjent z potwierdzonym niedoborem hormonu wzrostu wymaga starannego omówienia zasad leczenia hormonem wzrostu, sprawdzenia wskazań i przeciwwskazań do leczenia, pouczenia, jak rozpoznawać działania niepożądane związane ze zbyt dużą dawką leku. Leczenie wiąże się z koniecznością stosunkowo częstych wizyt w ambulatorium endokrynologicznym, o czym również pacjent powinien zostać poinformowany. Decyzja o leczeniu powinna być podjęta wspólnie z pacjentem.

Nasze wsparcie opiera się na motywacji pacjenta na różnych etapach leczenia. Jest to długa i wymagająca terapia, dlatego czasem pacjenci przerywają leczenie. Dlatego też jako specjaliści jesteśmy gotowi do udzielania pomocy, cierpliwie wyjaśniamy i monitorujemy przebieg leczenia. Pozytywne nastawienie i gotowość do współpracy samego pacjenta to kluczowe elementy prawidłowego leczenia, które w tym przypadku będzie trwało wiele lat.

Hormon wzrostu

– hormon sił witalnych w dorosłym życiu

Hormon wzrostu bardzo często utożsamiamy z wiekiem dziecięcym. Dzieci go potrzebują, by rosnąć. Jednak jest on odpowiedzialny za wiele bardzo ważnych procesów w naszym organizmie, także w życiu dorosłym. Jego niedobór prowadzi do poważnych zaburzeń, w tym nawet rozwoju miażdżycy.

Dr hab. n. med. Maciej Hilczer
Emerytowany
Kierownik Kliniki
Endokrynologii
Wiek Rozwojowego
Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi

Czym charakteryzuje się niedobór hormonu wzrostu u osób dorosłych i młodzieży? Jak często występuje?

Szacuje się, że zachorowalność na niedobór hormonu wzrostu u dorosłych wynosi ok. 400 osób rocznie. U dzieci częstość zachorowań na somatotropinową niedoczynność przysadki wynosi od 1:4000 do 1:10 000 urodzeń, co przekłada się na zachorowalność również wśród młodzieży, która zazwyczaj ten niedobór wykazuje od dzieciństwa. Osoby dorosłe z niedoborem hormonu wzrostu są to pacjenci po zabiegu neurochirurgicznym wycięcia guza przysadki, czaszko gardła, po różnego rodzaju naświetlaniach oraz urazach okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. W materiale Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu CZMP w Łodzi oceniono na 12 proc. częstość ciężkiego trwałego niedoboru hormonu wzrostu do leczenia w wieku dorosłym.

Jakie mogą być przyczyny wystąpienia niedoboru hormonu wzrostu u dorosłych oraz na jakie objawy należy zwrócić szczególną uwagę?

Tak jak już wcześniej wspominałem, przyczyną niedoboru hormonu wzrostu jest m.in. guz czaszko gardła, guz przysadki, zapalenie przysadki, urazy przysadki. U kilkunastu procent pacjentów dorosłych ta przyczyna jest niewyjaśniona – idiopatyczna.

Dorośli cierpiący na niedobór hormonu wzrostu są to osoby osłabione, apatyczne, łatwo się męczą, wykazują uczucie stałego przemęczenia. Są to ludzie charakteryzujący się obniżonym nastrojem, zmniejszoną energią życiową, problemami w kontaktach społecznych, z nasiloną tendencją do izolacji i zaburzeniami emocjonalnymi. Odczuwają oni znaczne pogorszenie jakości życia. Nie muszą być wcale niscy, ponieważ hormon wzrostu w wieku ich zrastania był na odpowiednim poziomie. Jednak mają cechy fizyczne charakterystyczne dla niedoboru tego hormonu. Jest to zmniejszenie masy mięśniowej na rzecz zwiększenia masy tkanki tłuszczowej, szczególnie w okolicy talia-biodro. Mają oni również bladą, suchą, cienką

skórę, pionowe i poziome zmarszczki na twarzy, przerzedzone owłosienie (pod pachami i łonowe), mniejsze pocenie. Osoby dorosłe z niedoborem hormonu wzrostu są narażone na nadciśnienie tętnicze i cechy niewydolności krążenia. Dzieje się tak, ponieważ występują u nich zaburzenia gospodarki lipidowej sprzyjające rozwojowi miażdżycy. Dochodzi do atorgennego profilu lipidowego – wzrostu stężenia cholesterolu całkowitego i LDL oraz triglicerydów, obniżenia HDL chroniącego serce. Może dojść nawet do zmian zanikowych mięśnia lewej komory serca. Niedobór hormonu wzrostu u dorosłych prowadzi również do zmniejszenia gęstości mineralnej kości, a co za tym idzie – do ryzyka licznych złamań.

Jak wygląda ścieżka diagnostyczna? Gdzie się zwrócić o pomoc? Jakie badania pacjent powinien wykonać?

Należy skontaktować się z lekarzem pierwszego kontaktu. Bardzo ważny jest wywiad z pacjentem. Jeśli jest on po operacji lub urazie głowy, naświetlaniach bądź zdiagnozowano u niego guza przysadki, specjalista powinien zwrócić uwagę na możliwość występowania niedoboru hormonu wzrostu. Następnie pacjent powinien być skierowany do poradni endokrynologicznej, a następnie do ośrodków referencyjnych leczących niedobór tego hormonu. Najważniejszym testem diagnostycznym analizującym wydzielanie hormonu wzrostu jest test z podaniem insuliny. Progową wartością u dorosłych są 3 nanogramy na mililitr.

Czasem pacjenci, którzy mieli operację guza przysadki lub mają inne przyczyny niedoboru hormonu wzrostu, są informowani, że może u nich wystąpić takie zaburzenie.

Jaką rolę odgrywa hormon wzrostu u osób dorosłych oraz jakie konsekwencje zdrowotne mogą wynikać z jego niskiego poziomu?

Hormon wzrostu u dorosłych jest odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie całego organizmu. Jego niedobór doprowadza do złego samopoczucia pacjenta – jest on apatyczny, nie ma

energii życiowej, ale też ma on problemy z układem sercowo-naczyniowym, co jeszcze bardziej pogarsza jego stan. Konsekwencjami długotrwałego niedoboru hormonu wzrostu u osób dorosłych są: zwiększona liczba zgonów z powodu powikłań sercowo-naczyniowych, częste złamania w wyniku osteoporozy oraz znacznie obniżona jakość życia.

”
Hormon wzrostu u dorosłych jest odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie całego organizmu.

Jak zmienia się życie pacjenta po zastosowaniu leczenia?

Mamy to szczęście, że od 2021 roku hormonalna terapia jest refundowana także u osób dorosłych. Na tę zmianę czekałmy ponad 20 lat. Obecnie leczonych jest ponad 100 pacjentów, ale będzie ich jeszcze więcej. Pacjenci licznie mówią o tym, że jakość ich życia znacznie się polepszyła, mogą oni normalnie funkcjonować, mają chęć na kontakty społeczne, a przede wszystkim siłę do działania.

Czy w Polsce chorzy mają dostęp do terapii na światowym poziomie?

Obecnie terapia hormonem wzrostu dostępna w Polsce jest na światowym poziomie. W innych krajach refundacja hormonu wzrostu dla dorosłych była dostępna już 30 lat temu. U nas dopiero od roku, jednak jest to bardzo dobra zmiana, z której cieszymy się jako specjaliści, ponieważ możemy skutecznie pomagać naszym pacjentom.

 SYLWETKA

Badajmy się regularnie, ale bądźmy dobrej myśli!

Kinga Preis
Aktorka

Do badań profilaktycznych należy podchodzić zdroworozsądkowo – kontrolujemy się regularnie, ale nie popadajmy w paranoję i bądźmy dobrej myśli, że jesteśmy zdrowi. Dla lekkości głowy i właściwego samopoczucia należy też ograniczyć ciężar przyjmowanych informacji i bodźców, szczególnie z dalszego otoczenia.

Jak pani postrzega rolę osób publicznych w propagowaniu zdrowego trybu życia oraz regularnych badań?
Znane osoby faktycznie mają większe możliwości, by ze swoim przekazem docierać do szerokiego grona odbiorców, natomiast równie ważne, a może nawet ważniejsze, są rozmowy w cztery oczy z najbliższymi. Oczywiście siła mediów jest ogromna i czy to w programie telewizyjnym, czy w wywiadzie, czy nawet w scenariuszu do produkcji filmowych i serialowych mogą przemycić pewne sugestie dotyczące stylu życia, ale oświadczyć bardziej w tym aspekcie skupiam się na sobie i najbliższych mi osobach. Prywatnie nie mam kont w mediach społecznościowych, nie uzewnętrzniam się więc przed społeczeństwem. Nie jestem zwolennikiem narzucania komuś stylu życia i również nie chcę, aby ktoś patrzył i oceniał mnie. Oczywiście wykonując zawód aktorki, muszę dbać o to, aby być powszechnie akceptowaną, ale nie chcę się stawiać w roli wzoru czy mentora. Do regularnych badań kontrolnych przekonuję więc przede wszystkim osoby z mojego prywatnego kręgu znajomych.

FOT.: MARTA WOJTAŁ





FOT.: MARTA WOJTAL

 [martawojtal](#)

 [martawojtal.pl](#)

A czy pani udaje się przestrzegać kalendarza regularnych profilaktycznych badań?

Szczególnie teraz, gdy skończyłam 50. rok życia, staram się regularnie wykonywać badania kontrolne. Jako młoda osoba, gdy jeszcze nie miałam żadnych problemów zdrowotnych, aż tak pilnie do profilaktyki nie podchodziłam. Teraz wiem, że wraz z wiekiem na sprawy zdrowotne trzeba położyć większy nacisk. Przykładem jest moja mama Krystyna, która zawsze była zdrową osobą, ale ostatnio zauważyliśmy u niej pewne niepokojące symptomy. Szybko trafiła do szpitala, gdzie okazało się, że niezbędny jest rozrusznik serca, a dzięki sprawnej reakcji zapobiegliśmy ewentualnej tragedii. Ja nie chcę nikogo straszyć, bo nie taka jest moja intencja, ale przestrzegam, by z badaniami profilaktycznymi nie czekać do ostatniego momentu, gdy coś się już wydarzy. Jestem świeżo po badaniu mammograficznym, które wykonałam po 2,5-letniej przerwie, jestem też już zapisana na RTG płuc. Co

rok wykonuję też badanie cytologiczne. Dla mnie ta regularność badań jest niezwykle ważna, bo po długiej przerwie po prostu bałabym się iść na kontrolę – miałabym duży lęk, że w międzyczasie wykształciła się poważna choroba i jest już za późno na leczenie. Z drugiej strony nie powinniśmy jednak popadać w paranoję i żyć myślą, że na pewno zaraz pojawi się straszna diagnoza. Podchodźmy do badań profilaktycznych zdroworozsądkowo – kontrolujemy się regularnie, ale bądźmy dobrej myśli, że jesteśmy zdrowi.

Wykonywany przez panią zawód wiąże się z dużą nieregularnością i jest wyzwaniem w kontekście zdrowego stylu życia. W jaki sposób sobie pani radzi?

Kiedy mogę, zamiast samochodu wybieram spacer. Pół życia spędziłam na planach filmowych, a plan to nie jest właściwe miejsce do podtrzymywania nawyku zdrowego jedzenia, choć i tak pod tym względem nastąpiła diametralna

poprawa. Spędzając cały dzień na planie, odżywiam się w tzw. barobusie – choć nazwa może nie brzmi zbyt zachęcająco, to posiłki tam serwowane są smaczne i zdrowe. W zamierzchłych czasach wybór dań był bardzo wąski i jako wegetarianka musiałam na obiad codziennie jeść pierogi. Dziś jakość potraw i ich różnorodność jest w barobusie dużo większa. Ponadto czasem wspomagam się tzw. dietą pudełkową – to dobrze skomponowane, wyliczone kalorycznie i urozmaicone posiłki. Natomiast oczywiście tryb mojej pracy nie sprzyja regularności. Aktorzy mierzą się ze szczególnym wyzwaniem, gdy występują na deskach teatru: na scenę muszą wychodzić „na lekko”, więc dopiero późnym wieczorem nadrabiają całodzienny deficyt kaloryczny.

„
Nie bierzmy na swoje barki spraw, które nas bezpośrednio nie dotyczą, a które mocno obciążają nasze głowy.

Jakich rad w kontekście dbania o swoje zdrowie oraz o dobre samopoczucie udzieliłaby pani naszym czytelnikom?

Żyjemy w takich czasach, że docierają do nas miliony bodźców z bliższego i dalszego otoczenia. To są bodźce zarówno fizyczne, jak i emocjonalne, mocno dotykające naszych zmysłów. Doradzam zatem selekcjonowanie informacji, które odbieramy, szczególnie jeśli dotyczą wydarzeń, na które nie mamy wpływu, a już szczególnie wydarzeń, które nie mają na nas wpływu. Zachęcam do większej koncentracji na najbliższym otoczeniu, na rozmowach z bliskimi. Nie bierzmy na swoje barki spraw, które nas bezpośrednio nie dotyczą, a które mocno obciążają nasze głowy. Pamiętajmy, że nawet jeśli wydaje nam się, że na niektóre informacje nie reagujemy, to one odkładają się w tyle głowy i kumulują. Skupmy się zatem na najbliższych kręgach – na sobie, potem na rodzinie, a dopiero potem powolutku rozszerzajmy te kręgi na resztę otaczającego nas świata. Dzięki temu nasze głowy będą lżejsze.



Więcej informacji na stronie:
byczdrowym.info

KOS-Zawał – program *sukcesów i porażek*

Co dziesiąty polski pacjent po zawale umiera w ciągu pierwszego roku po wypisie ze szpitala, a każdego roku w Polsce zawału doznaje ponad 80 tys. osób. Dlatego w październiku 2017 r. wdrożono program kompleksowej opieki po zawale serca KOS-Zawał. Daje rewelacyjne rezultaty, istotnie przedłużając życie pacjentów, aż o 30 proc. zmniejsza ryzyko zgonu. Już 96 proc. osób jest z niego zadowolonych.



Prof. dr hab. n. med. Robert Gil
Kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej, CMKP CSK MSWiA w Warszawie



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Tekst powstał z okazji XXVI WCCI Warsaw

Autor: **Ewelina Zych-Mylek**, Fundacja Instytut Świadomości

Obligatoryjnie dla serca

– KOS-Zawał poprawił dostęp do rehabilitacji kardiologicznej po zawale. Aż 71 proc. pacjentów wymagających rehabilitacji korzysta z niej w ramach programu. Ważne też, że prawie 60 proc. pacjentów objętych tym programem jest konsultowanych w poradni kardiologicznej już w ciągu 6 tygodni od wypisu ze szpitala, podczas gdy wśród chorych niekorzystających z KOS-Zawał – tylko 17 proc. Ma to ogromne znaczenie dla utrzymania zdrowia po incydencie sercowo-naczyniowym. Ponadto program aż o 40-60 proc. zwiększa dostęp do implantacji urządzeń wszczepialnych ratujących życie pacjentów z zaburzeniami rytmu serca – wylicza prof. Robert J. Gil, dyrektor WCCI, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – Natomiast największym problemem tego programu jest

to, że uczestniczy w nim tylko ok. 50 proc. ośrodków leczących w Polsce zawał serca, a nie np. 80 proc., tym samym z programu korzysta jedynie ok. 20 proc. pacjentów tego wymagających.

Prof. Gil nie ukrywa źródła potencjalnych przyczyn tego stanu rzeczy.

– Jednym z największych problemów kardiologii są braki kadrowe. Również m.in. brak przychodni przyszpitalnej w ośrodku, a także to, że część ośrodków kardiologii interwencyjnej jest poza siecią szpitali i nie uczestniczą w konkursach NFZ na realizację tego programu – tłumaczy. – Jest to program bardzo wymagający administracyjnie, związany z dużym nakładem dodatkowej pracy, co w małych ośrodkach jest wyzwaniem. Uważam, że w środowisku medycznym nadal brakuje wiedzy nt. zasad funkcjonowania i rozliczania programu, co stanowi kolejną barierę. Ważne, aby

komunikować, że KOS-Zawał to źródło dodatkowego finansowania dla szpitali. Moim zdaniem program ten powinien być obligatoryjny.

Ekstremalna potrzeba

Efektywne działanie programu KOS-Zawał jest kluczowe dla innych programów kardiologicznych, z którymi mógłby stanowić naczynia połączone. Mowa tu o programie lekowym PCSK-9 dla chorych z ekstremalnym ryzykiem sercowo-naczyniowym.

– Program KOS-Zawał jest szansą na wykorzystanie możliwości tego programu lekowego, ponieważ trwa on 12 miesięcy, czyli tyle, ile okno czasowe na włączenie do programu PCSK-9, ma także określony schemat wizyt, co pozwala na zoptymalizowanie opieki nad pacjentem po OZW zgodnie z obowiązującym wytycznymi – mam tu na myśli oznaczanie lipidów czy intensyfikację leczenia – prof. Gil nie ukrywa,

że w programie PCSK-9 również potrzebne są zmiany.

– Od dłuższego czasu trwa dyskusja o potrzebie wydłużenia okresu od incydentu sercowo-naczyniowego do włączenia pacjenta do programu. Obecnie jest to 12-miesięczny przedział czasu, przy czym jest potrzeba wydłużenia go do 24 miesięcy, co pozwoliłoby na kwalifikowanie też tych pacjentów, którzy zakończyli uczestnictwo w programie KOS-Zawał. To przyczyniłoby się do lepszego zaopiekowania chorych i zwiększenia wykorzystania potencjału obu oferowanych świadczeń. Dodatkowo warto zaopiekować grupę chorych z nietolerancją statyn, bowiem ta grupa, u której stwierdzono ekstremalne ryzyko sercowo-naczyniowe, nie ma aktualnie możliwości osiągnięcia celu terapeutycznego w wyniku braku możliwości zastosowania inhibitora PCSK-9 – ocenia prof. Gil.

Szczepionka na miażdżycę – czy będziemy mogli chronić się przed tą chorobą?

Miażdżyca jest poważnym problemem populacyjnym. Na szczęście całkiem możliwe, że już niedługo będzie można temu zaradzić. Trwają badania dotyczące prac nad szczepionką na miażdżycę, a ich wyniki są obiecujące.

Skąd pomysł na możliwość stworzenia szczepionki na miażdżycę?

Wszystko zaczęło się od badań w latach 2003-2004, które potwierdziły, że białko PCSK-9 odgrywa bardzo istotną rolę w metabolizmie cholesterolu LDL. To znaczy, że jeżeli to białko zahamujemy i nie będzie łączyć się z receptorem na cholesterolu LDL, w tym momencie ten receptor może powracać na powierzchnię komórki wątrobowej i wyłapywać kolejne cząsteczki „złego” cholesterolu. W uproszczeniu: proces ten może sprawić, że poziom cholesterolu LDL w naszej krwi będzie dużo niższy.

Na czym polega działanie szczepionki?

Gdy pojawiły się badania dotyczące hamowania białka PCSK-9 z przeciwciałami monoklonalnymi, stwierdziliśmy, że te drugie są wytwarzane w sposób chemiczny, a dostarczanie ich z zewnątrz jest jednak jakąś ingerencją w organizm. Pomyśleliśmy zatem, by stworzyć coś, co zmusiłoby nasz organizm do samodzielnego wytworzenia tych przeciwciał, szczególnie że ta metoda jest stosowana od wielu lat w innych szczepionkach. Dlatego też zastosowaliśmy szczepionkę nanoliposomalną, która w łatwy sposób dostaje się do organizmu i nie powoduje żadnych działań niepożądanych, ze względu też na swoją budowę. Wykorzystaliśmy również antygen tężcowy, który jest stosowany



Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach
Przewodniczący i założyciel Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, Przewodniczący i założyciel International Lipid Expert Panel, Sekretarz European Atherosclerosis Society, kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

w wielu innych szczepionkach dostępnych na rynku do prezentacji białka, w stosunku do którego mają powstać przeciwciała. Do tego dobraliśmy bardzo charakterystyczną N-końcową część białka PCSK-9, którą prezentowaną na tym antygenie nasz organizm rozpoznaje jako ciało obce, dzięki czemu sam wytwarza przeciwciała. One z kolei istotnie – nawet w 90 proc. – hamują białko PCSK-9 i zmniejszają poziom cholesterolu LDL we krwi. Oczywiście przedstawiam ten proces w dużym uproszczeniu, ponieważ jest on znacznie bardziej skomplikowany, niemniej tak w rezultacie działa ta szczepionka.

Na jakim etapie są prace?

Pierwsze badania, które wykonaliśmy, były to badania zwierzęce. Odbływały się w Iranie, ponieważ tam działają bardzo doświadczeni specjaliści, z którymi pracuję już od wielu lat. Są one tam znacznie tańsze niż w Europie. Ich wyniki bardzo nas zaintrygowały – podawanie szczepionki w odstępach dwutygodniowych (3 dawki) sprawiło, że poziom cholesterolu LDL w modelu zwierzęcym (u szczurów) obniżył się o ponad 60 proc. Nie było też żadnych działań niepożądanych. Na bieżąco modyfikowaliśmy badania, jednak obiecujące testy na gryzoniach sprawiły, że postanowiliśmy wykonać badania pre-human, czyli na małej grupie małpek, które potwierdziły wcześniejsze wyniki. Obecnie

mamy już toczące się wreszcie badania na ochotnikach. Jest to początek fazy pierwszej, klinicznej. Są to osoby na razie zdrowe, by sprawdzić bezpieczeństwo szczepionki. Na tę chwilę mogę powiedzieć, że wyniki są bardzo obiecujące, dlatego prowadzimy zaawansowane rozmowy z firmami, które chciałyby sfinansować kolejne etapy badań. Mamy nadzieję, że w zależności od wyników badań w roku 2026-2027 szczepionka będzie już dostępna.

Jak zmienia się rokowania pacjentów po zastosowaniu szczepionki?

Badania przeprowadziliśmy na wielu modelach – zarówno u zwierząt, które miały już miażdżycę, jak i w prewencji pierwotnej, gdy jeszcze jej nie miały, ale były karmione bardzo tłustą dietą. W obu przypadkach szczepionka okazała się bardzo skuteczna. Warto jednak podkreślić, że nie każdy pacjent będzie mógł otrzymać szczepionkę. Będzie ona podawana dla osób ze wskazaniami, z uwzględnieniem czynników ryzyka. W tej kwestii będzie potrzebna również akcja edukacyjna, by pacjenci chcieli się szczepić, ponieważ, jak widać, na COVID-19 nadal niezaszczepionych jest wielu Polaków. Tutaj chciałbym podkreślić, że szczepionki są bezpieczne, ponieważ to właśnie bezpieczeństwo, a dopiero później jej skuteczność jest najważniejszym kryterium podczas badań.

Choroba wieńcowa

– obserwacja i wywiad z pacjentem mogą uratować jego życie

Choroba niedokrwienna serca to obecnie w Polsce jedna z najczęstszych chorób przewlekłych. Może pojawić się niepostrzeżenie w wyniku długotrwałego oddziaływania na organizm tzw. czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Warto zatem zwrócić uwagę nawet na najmniej charakterystyczne objawy, przeprowadzić szczegółowy wywiad z pacjentem, by zawczasu wprowadzić leczenie zachowawcze. Co jeszcze ważniejsze, trzeba identyfikować czynniki sprzyjające chorobie (czynniki ryzyka) i efektywnie je eliminować lub modyfikować, aby nie dopuścić do rozwoju choroby.



Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak
Kardiolog, przewodniczący elekt Sekcji Rytmu Serca PTK, od 2014 do 2022 roku konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, od 2019 roku kierownik Kliniki Kardiologii Pomorskiego UM w Szczecinie

Choroba wieńcowa – jak i kiedy się objawia?

Klinicznie wyróżnia się dwie zasadnicze postaci choroby niedokrwiennej serca, zwanej także chorobą wieńcową – ostre zespoły wieńcowe oraz przewlekłe zespoły wieńcowe. Ostre charakteryzują się nagłymi niebezpiecznymi objawami. Wyróżnia się tutaj: nagły zgon sercowy, zawał serca (u nawet 80 tys. pacjentów w Polsce rocznie) oraz niestabilną dusznicę bolesną. Objawami zawału serca są nagłe, zwykle silne bóle w klatce piersiowej, najczęściej zamostkowe. Typowe są dolegliwości występujące w spoczynku. Oczywiście spektrum objawów jest szerokie, mogą pojawiać się również te nietypowe, jak np. bóle brzucha, nudności, wymioty, bóle barków, rąk, co też powinno zaniepokoić pacjenta i zwrócić uwagę lekarza.

Przewlekła choroba wieńcowa ma mniej intensywne symptomy, rozwija się niepostrzeżenie latami, co może być bardzo niebezpieczne. Głównym objawem jest wysiłkowy ból w klatce piersiowej, który ustępuje przy odpoczynku.

Jakie są właściwie przyczyny choroby wieńcowej?

Najczęstszą bezpośrednią przyczyną jest miażdżycza tętnic wieńcowych, czyli zmiany zawężające światło tętnic. Rzadziej bywają to zatory czy skurcze naczyń. Przyczyn samej miażdżycy jest wiele, a najważniejsze czynniki jej sprzyjające (tzw. czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego) to m.in. palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie cholesterolu LDL w surowicy krwi (ok. 200 tys. Polaków ma wrodzoną hipercholesterolemię rodzinną), cukrzyca, otyłość, mała aktywność fizyczna, nieprawidłowe odżywianie (zbyt dużo kalorii, tłuszczów, cukru, za mało warzyw i owoców), a także – co nie jest jeszcze należycie doceniane – zanieczyszczenie powietrza,

szczególnie tzw. małymi cząstkami, które powstają głównie w procesach spalania węgla i drewna.

Jak często zespół wieńcowy występuje u chorych w Polsce i na świecie? Jaki jest profil pacjenta – kto najczęściej choruje?

Zachorowalność na chorobę wieńcową w Polsce jest dużo wyższa niż w innych krajach Europy. W Polsce na chorobę niedokrwienną serca choruje ponad 1,6 mln osób (4,2 proc. populacji). Wiek pacjentów też jest niższy – Polacy zaczynają chorować dużo wcześniej. Najczęściej są to osoby, u których występują wymienione czynniki ryzyka powodujące miażdżycę. Większość przyczyn jest modyfikowalna, jednak to, na co nie mamy wpływu, to wiek i płeć – choroba wieńcowa częściej występuje u mężczyzn. Bardzo obciążającym czynnikiem jest również wystąpienie choroby wieńcowej w młodym wieku u członka rodziny – ojca lub matki, przed 55. rokiem życia. Dlatego w prewencji ostrych zespołów wieńcowych kluczowy jest dokładny wywiad z pacjentem.

Jak wygląda proces diagnozy choroby wieńcowej? Jak dokładnie są jej objawy?

Podstawowe objawy to ból w klatce piersiowej podczas wysiłku lub sytuacji stresowej, ale mogą też wystąpić wcześniej wymienione niecharakterystyczne symptomy. W pierwszej kolejności należy wykonać standardowe badanie EKG – zwykle wychodzi ono prawidłowo, dlatego warto przeprowadzić próbę wysiłkową lub badania obrazowo-czynnościowe, scyntyografię serca lub rezonans magnetyczny w celu oceny obecności obszarów niedokrwienia mięśnia sercowego lub tomografię komputerową tętnic wieńcowych. Jeśli podczas tych badań stwierdzi się nieprawidłowości, wykonuje się klasyczną koronarografię, czyli inwazyjne badanie kontrastowe

tętnic wieńcowych, które pozwala na ocenę ewentualnych zwężeń. W przypadku istotności tych przewężeń można od razu wykonać zabieg leczniczy – angioplastykę wieńcową, najczęściej połączoną z implantacją tzw. stentów.

„
Najczęstszą bezpośrednią przyczyną choroby wieńcowej jest miażdżycza tętnic wieńcowych, czyli zmiany zawężające światło tętnic.

Jakie są dostępne metody leczenia w Polsce?

Wśród pacjentów planowo zakwalifikowanych do koronarografii u około 30 proc. przewężenia nie są istotne i chorzy są leczeni zachowawczo – poprzez eliminację czynników ryzyka i przyjmowanie leków doustnych. U 40 do 45 proc. pacjentów stosowana jest przeszkońska angioplastyka wieńcowa z implantacją stentów. Reszta, 25-30 proc., chorych wymaga operacji kardiochirurgicznej, polegającej na wszczepieniu by-passów aortalno-wieńcowych. Zabieg ten wykonywany jest wtedy, gdy stwierdza się wiele przewężeń w większości tętnic wieńcowych. Chorzy zakwalifikowani do angioplastyki wieńcowej czy operacji by-passów także wymagają eliminacji i modyfikacji czynników ryzyka i przyjmowania leków doustnych.



Nawet milion Polaków z cukrzycą może nadal być *niezdiagnozowanych*

Diagnostyka w kierunku cukrzycy jest bardzo tania i niezmiernie prosta, a jednak nadal 0,5-1 mln Polaków z tym schorzeniem pozostaje niezdiagnozowanych. To zaś ogranicza możliwości leczenia i zapobiegania komplikacjom.



Anna Śliwińska
Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, zajmuje się bezpośrednią pracą z osobami chorymi na cukrzycę, propagowaniem świadomości tej choroby w społeczeństwie i zabieganiem o jak najlepsze warunki leczenia diabetyków

Jakie są największe wyzwania w państwowym systemie ochrony zdrowia dotyczące chorób diabetologicznych?

Dużym wyzwaniem jest ogromna liczba pacjentów – w Polsce cukrzyca dotyczy ok. 3 mln osób. Tendencja jest wzrostowa, a biorąc pod uwagę to, że cukrzycą czy stanem przedcukrzycowym zagrożonych jest dalsze 5 mln Polaków, to widzimy, że ten problem będzie się intensyfikował. Drugie wyzwanie, z którym musimy się mierzyć, to zbyt późna diagnoza lub jej brak. Szacujemy, że 0,5-1 mln osób z cukrzycą nadal jest niezdiagnozowanych, co oczywiście ogranicza możliwości leczenia i zapobiegania powikłaniom. Wykrywalność cukrzycy jest bardzo tania i niezmiernie prosta – wystarczy pobrać krew na czczo, co jest badaniem powszechnym i niemal bezkosztowym. Natomiast wciąż pokutuje niewielka świadomość społeczna związana z ryzykiem

cukrzycy i wiele osób po prostu nie chce się badać, bo boi się diagnozy. Dlatego zdarzają się przypadki, że dopiero zawał serca lub udar mózgu jest tym momentem, kiedy chory przyjmuje informację o chorobie i zaczyna leczenie. Utrudnieniem na ścieżce poprawnej diagnozy jest też niedostateczna wiedza lekarzy rodzinnych, którzy czasem nie potrafią prawidłowo zidentyfikować pacjentów z grupy ryzyka. Trzeci obszar, w którym widzimy przestrzeń do poprawy opieki diabetologicznej, związany jest z systemem refundacji leków. Sytuacja jest znacznie lepsza niż kiedyś, ale nadal liczymy, że resort zdrowia rozszerzy zakres refundacji.

A największe potrzeby indywidualne pacjentów z chorobami diabetologicznymi?

Jak w większości chorób przewlekłych, tak i u nas problemem są kolejki do lekarzy. Niestety, diabetologów

dostępnych w państwowej służbie zdrowia ubywa, bo prowadzenie poradni w naszym systemie staje się nieopłacalne i część specjalistów przechodzi do prywatnych placówek, na które wielu chorych nie stać. Liczymy też na wspomniane już rozszerzenie refundacji leków – te najbardziej nowoczesne leki i technologie dostępne są w Polsce tylko dla wąskich grup pacjentów. Tu barierą są oczywiście kwestie finansowe, bo refundacja leków dla chorych na wszystkie typy cukrzycy byłaby niezwykle kosztowna. Natomiast to i tak byłyby niższe wydatki niż w przypadku leczenia ciężkich powikłań, więc jako Polskie Stowarzyszenie Diabetyków przekonujemy ministerstwo, że rozszerzenie zakresu refundacji to nie koszt, tylko inwestycja. W przypadku cukrzycy typu 1 z dumą można powiedzieć, że jesteśmy światowym wzorem, jeśli chodzi o leczenie dzieci. Do poprawy nadal jest sporo obszarów

w przypadku dorosłych z cukrzycą typu 1 oraz diagnostyki i leczenia cukrzycy typu 2.

Jak wygląda profilaktyka chorób diabetologicznych?

Okolo 10 proc. wszystkich zachorowań w Polsce to cukrzyca typu 1 i jest to choroba, której nie da się zapobiegać. Lekarze i naukowcy wciąż nie wiedzą, co dokładnie wywołuje tą chorobę. Zdecydowana większość przypadków, bo ok. 90 proc., to cukrzyca typu 2. Aby zminimalizować ryzyko zachorowania, należy prowadzić zdrowy tryb życia, zdrowo się odżywiać, być aktywnym fizycznie i nie dopuszczać do nadwagi czy zwłaszcza otyłości. Częściowo cukrzyca typu 2 ma jednak podłoże genetyczne, niezależne od trybu życia. Cukrzyca jest nadal chorobą nieuleczalną, przewlekłą, której odpowiednie leczenie zapobiega powikłaniom, ale nie prowadzi do całkowitego wyleczenia.



Rowerem z cukrzycą

Pani Anna choruje na cukrzycę od dziecka, ale nie przeszkadza jej to w realizacji swoich marzeń spełniania się w sporcie.

Pani Aniu, choruje pani na cukrzycę typu 1 – proszę opowiedzieć o początkach swojej choroby.

Cukrzyca typu 1 towarzyszy mi już od 25 lat. Miałam niecałe 11 lat jak zachorowałam – dziś mam 36 lat. Początki choroby wspominam jako „słodką”, dzielna pacjentka. Patrzyłam jak pielęgniarki wbijają mi wenflony, robią zastrzyki czy kłują w paluszki w celu zmierzenia cukru. Nie bałam się igły. Nawet lepiej radziłam sobie z robieniem zastrzyków niż moja rodzina, zwłaszcza mama, której serce się krajało, gdy miała mnie dźgać. Traktowałam chorobę zadaniowo, bez emocji, one dopiero później wypłynęły, kiedy zdałam sobie sprawę, że jestem nieuleczalnie chora.

Czy pani zdaniem świadomość na temat cukrzycy oraz jej powikłań jest duża w naszym społeczeństwie?

Czy duża? Odpowiem tak – coraz większa. Kiedyś nie było nic poza nudnymi i trudnymi poradnikami, po których przeczytaniu niewiele się wiedziało. Dobrze, że dziś mamy dostęp do różnych źródeł informacji – i tych w sieci, i tych stacjonarnych. Pytanie tylko, czy chcemy z nich korzystać?

Jest pani autorką bloga oraz fanpage’a, napisała pani również książkę. Jaka jest pani misja?

Bloga „BAJKcukrzycOWO” prowadzę od 2018 roku, kanał na YouTube z treściami cukrzycowymi od roku. W lipcu 2021 roku zabrałam się za projekt napisania książki „Cukrzycowy zawrót głowy”,

której premiera miała miejsce w marcu 2022 roku. Pokazuję cukrzycę oczami dziecka, nastolatka i dorosłego. Opisuję chwile trudne (jak zaburzenia odżywiania czy depresję, z którymi latami się zmagam), wyzwania (jak choćby przejechanie 400 km rowerem w ciągu jednego dnia) czy chwile radości (jak dobry cukier po zjedzeniu burgera z KFC). Moją misją jest zrozumieć i wesprzeć cukrzyka i jego bliskich, ale też dać motywację i poczucie, że można mieć fajne życie mimo wielu trudności.

Jak pani postrzega cukrzycę – udało się pani z nią „zaprzyjaźnić” czy choroba panią ogranicza?

Na samym końcu książki, w epilogu, napisałam takie zdanie: „Cukrzyca dla mnie nigdy nie będzie ani przyjaciółką, ani nawet koleżanką. Przyszła niespodziewanie, na doczepkę, i tak już ze mną zostanie”. Pogodziłam się z chorobą, choć zajęło mi to lata. Mam chwile zarówno lepsze, jak i te gorsze. Chciałabym iść na cukrzycowy urlop, a tak się przecież nie da. My musimy zmagać się z tą chorobą 24 godziny na dobę. Nawet w nocy alarmy z ciągłego monitoringu glikemii potrafią często wyć – nisko, wysoko. Cieszę się, że mam możliwość skorzystania z zaawansowanych metod leczenia cukrzycy (pompa insulinowa z systemem zamkniętej pętli), dzięki czemu mniej myślę o chorobie. Wiele nie ma takiej możliwości i to jest bardzo niesprawiedliwe. Można się fajnie realizować mając cukrzycę, nie tylko zawodowo, ale też i w innym dziedzinach, choćby w sporcie.

Kocham jazdę na rowerze szosowym, ale też gram w tenisa stołowego, wędruję po górach, chodzę na siłownię. Nie chcę, by cukrzyca mnie ograniczała. Rodzice, mimo troski i obaw o moje zdrowie, pozwalali mi czy to wyjeżdżać na wycieczki szkole, czy to zrobić prawo jazdy na motor, zaakceptowali też moją decyzję o rocznym pobycie zagranicą, na podszkolenie języka niemieckiego. Wychwyciłam te momenty, opisując je w książce.

Jakie miałyby pani rady dla pacjentów diabetologicznych?

Daleka jestem od dawania rad. Każdy z nas powinien znaleźć swój własny sposób na leczenie cukrzycy typu 1. Jedni wybierają pompę insuliną, inni zastrzyki. Nie oceniam, co jest lepszym rozwiązaniem. Kluczem do sukcesu, w dużej mierze, jest zaangażowanie pacjenta w leczenie. Za to chętnie dzielę się tym, jak ja sobie radzę. Staram się dbać o dietę (choć niedzielnego serniczka sobie nie odmawiam), uprawiam sport, analizuję sama wyniki (wyciągam wnioski), dbam o higienę używania osprzętu cukrzycowego (zmieniam wkłucia i sensory, tak jak zaleca to producent), spotykam się internetowo z dziewczynami na ploteczki o cukrzycy („Cukrzyca dla dziewczyn” prowadzona przez wspaniałą Adę), korzystam ze wsparcia psychologicznego. Ten ostatni aspekt, który wymieniłam jest bardzo ważny, bo w cukrzycy jest wiele bardzo trudnych, przytłaczających emocji, często ukrytych, niewypowiedzianych. Ale dzięki wsparciu bliskich i głównie naszej pracy możemy przeżyć fajne życie. Tego wam z całego serca życzę!

Anna Przybylak
Diabetyczka,
autorka książki
„Cukrzycowy
zawrót głowy” oraz
założycielka bloga
i kanału na YouTube:
BAJKcukrzycOWO;
miłośniczka
długodystansowych
jazd na rowerze
(400 km+)